



**Anforderung von Untersuchungen und/oder Befunden durch  
weiterbehandelnde Ärzte (bitte Fachabteilung ankreuzen) an:**

Radiologie

Neuroradiologie

Bitte um:

Zusendung von Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen auf CD/DVD

Zusendung von Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen über das Portal des Westdeutschen Teleradiologieverbundes

Zusendung der Befunde per Fax an

Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj):

Gewünschte Untersuchungen:

Gewünschte neuro-/radiologische Befunde:

Datum/Zeitraum der Untersuchung (mm/jj):

Anschrift (Ärzt\_in):

Teilnehmername im Westdeutschen Teleradiologieverbund:

Ich bestätige hiermit, dass ich die nachbehandelnde Ärztin/der nachbehandelnde Arzt der oben erwähnten Patientin/des oben erwähnten Patienten bin. Mir liegt das Einverständnis für die Datenübersendung seitens der Patientin/des Patienten vor und ich habe die Patientin/den Patienten entsprechend des Merkblattes „Datenschutzhinweise nach EU-DSGVO in der Medizinischen Hochschule Hannover“ informiert.

Zur Beachtung: Weiterhin bestätige ich, dass organisatorische Maßnahmen zum sicheren Empfang von eingehenden Faxen bestehen.

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/Arztstempel

Vielen Dank für das vollständige Ausfüllen der Anforderung! Bitte das Formular ausdrucken und per Fax senden an:

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie  
-Archiv-  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Fax: +49 (511) 532-3797

Institut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie  
-Servicepoint-  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover  
Fax: +49 (511) 532-18562